AUS DER POLIKLINIK DER UNIVERSITÄTSKINDERKLINIK ZU GÖTTINGEN. (DIREKTOR: PROFESSOR DR. GÖPPERT)

EIN FALL VON PRIMÄRER MUNDDIPHTHERIE BEIM SÄUGLING

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT ZU GÖTTINGEN

VON

HEINRICH JANSSEN

PRAKT. ARZT IN HOHENKIRCHEN (OLDENBURG)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

VERLAGSBUCHHANDLUNG JULIUS SPRINGER IN BERLIN 1919

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 25. September 1919
Referent: Prof. Dr. Göppert

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt

Eine bisher nicht beobachtete Erkrankung hatte ich Gelegenheit, in der Göttinger Kinderklinik zu sehen.

Am 10. VII. 1919 wurde dort ein 14 Tage altes, ausgetragenes Brustkind vorgestellt. Über die bisherige Ernährung des Neugeborenen und sein Befinden wurden folgende Angaben gemacht. Da die Mutter angeblich wenig Milch hatte, wurde das Kind alle 3 Stunden angelegt und nach allen 7 Mahlzeiten erst Tee dann Haferschleim zugefüttert. Zwei- bis dreimal täglich erfolgte dünnbreiiger Stuhlgang. Vor 8 Tagen war an seinem linken Goldfinger eine eiterige Entzündung entstanden. Etwa 2 Tage später bildeten sich im Gesicht mit gelblichem Wasser gefüllte Bläschen, desgleichen an der Innenseite beider Beine.

Befund: Das Kind hatte ein rosiges Aussehen, weinte sehr viel und war sehr agil. Um den Mund herum fanden sich 10 bis 15 linsengroße Bläschen, teilweise schmierig, borkig belegt. Der Mund war sehr rot. Am Alveolarfortsatz des Oberkiefers, sich nach hinten zu erstreckend, sah man jederseits der Mittellinie eine etwa pfennigstückgroße, weißlich belegte Stelle.

An der Innenseite beider Oberschenkel fand sich dieselbe Affektion wie um den Mund, gleichfalls an den Armen. Am linken Goldfinger bestand eine eiterige Entzündung, die bis zur Mitte des zweiten Gliedes reichte.

Die Körperhaut im allgemeinen war spröde. Das Gewicht des Kindes betrug 2800 g.

Am 15. VII. 1919 war der Befund im Mund unverändert. Zur weiteren Klärung der Diagnose wurde nun ein Diphtherieabstrich von dem Belag

entnommen. Veranlassung zu dieser Maßnahme gab folgende differentialdiagnostische Erwägung: Während im allgemeinen für die septischen Munderkrankungen des Neugeborenen der örtliche Zerfall von Gewebe, also ein Geschwür charakteristisch ist, zeigte der vorliegende Fall keinen Zerfall von Gewebe, sondern eine Einlagerung in die Schleimhaut bei intakter oberer Epithelschicht. Es konnte sich hier also nicht um eine Ulceration handeln, wie sie häufig durch mechanische Einflüsse, vor allem durch das bei den Müttern noch hier und da übliche Auswischen des Mundes der Kinder entstehen. Es konnte nun noch eine völlig unbekannte Einlagerung in die Schleimhaut vorliegen. Ferner legte das Aussehen des Belages die Frage nahe, ob nicht etwa eine bacilläre Diphtherie anzunehmen sei. Die Untersuchung des Abstriches mußte hierüber Klarheit verschaffen.

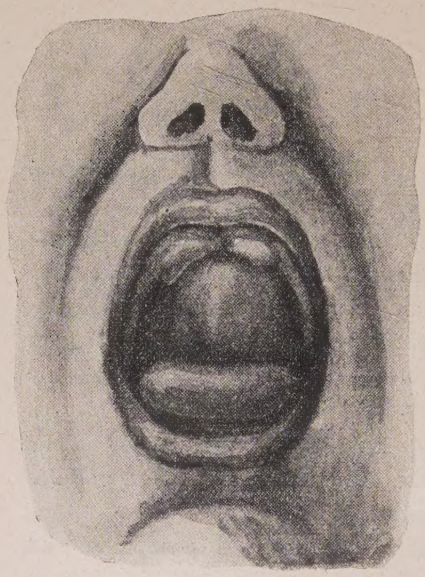

Abb. 1.

Um zugleich festzustellen, ob etwa Diphtheriebacillen in Rachen und Nase vorhanden waren — was, wenn sich obige Vermutung bestätigte, wahrscheinlich war —, wurde ebenfalls je ein Abstrich von diesen Schleimhäuten entnommen.

Zwei Tage später, am 17. VII. 1919 wurde das Kind wieder vorgestellt. Inzwischen hatte die Untersuchung der Abstriche folgendes Ergebnis gehabt: Der Abstrich von dem Belag im Munde hatte positiven Diphtheriebacillenbefund ergeben, während die beiden anderen Abstriche sich als negativ erwiesen.

Da die Diagnose „Diphtheritis“ somit sichergestellt war, wurde eine Injektion von 2000 I. E. vorgenommen.

Im einzelnen war der sonst unveränderte Befund an diesem Tage folgender: Elendes Kind mit septischem Aussehen; Pemphigusblasen von etwa Linsengröße, vereinzelt mit normalem bernsteinfarbigem Inhalt, sonst vereitert, daneben mit Borken belegte Stellen befinden sich besonders in der Mundgegend und an den Oberschenkeln. Mäßig roter Mund, rote Lippen. Zahnfleisch über den oberen Schneidezähnen gelockert, so daß es — wie in Abb. 1 ersichtlich — scheint, als wenn

die Zahnkonturen sich am Vorderrande des Alveolarfortsatzes abzeichneten.

Am scharfen Rande des Alveolarfortsatzes beginnt beiderseits der Mittellinie, 1—2 mm voneinander entfernt, eine glänzend weißverfärbte Stelle von einer Breite von 10 bis 14 mm. Diese erkrankte Stelle verjüngt sich keilförmig nach hinten zu und erstreckt sich über die Riffelung der Hinterseite des Alveolarfortsatzes etwa 1 cm nach hinten. Die erkrankte Stelle ist von schneeweißer Farbe, glänzender Oberfläche, leicht erhaben, jedoch nach hinten zu abnehmend. Während vorne die Fläche absolut eben ist, gibt sie nach hinten zu, wenn auch in abgeschwächter Form, dem Alveolarrand parallel laufende Riffelungen wieder. Mit dem Sondenknopf läßt sich durch leichte Verschiebung feststellen, daß die Schleimhaut, wenigstens am Alveolarfortsatz leicht gelockert ist. Der Übergang in das normale Gewebe ist glatt.

Der weitere Verlauf der Krankheit war nun folgender:

18. VII. 1919. Der Belag im Munde beginnt sich links zu verkleinern, und zwar kommt es nicht zu einem Zerfall. Die Oberfläche bleibt glatt. Die diphtherische Einlagerung in die Schleimhaut wird resorbiert. Die Pemphigusblasen sind zum Teil abgeheilt. Andererseits sind neue entstanden.

22. VII. 1919. Der Belag im Munde ist erheblich gebessert, ebenso der Pemphigus.

24. VII. 1919. Es besteht nur noch eine kleine, etwa $^1/_2$ cm im Durchmesser messende weißlich belegte Stelle im Munde rechts der Mittellinie. Der Pamphigus ist abgeheilt.

29. VII. 1919. Das Kind gedeiht gut. Das Gewicht beträgt 3000 g. Der Pemphigus und der Belag im Munde sind abgeheilt. Es besteht noch eine geringfügige Stomatitis. Beläge sind aber nicht mehr vorhanden. Das Kind kann damit aus der Behandlung entlassen werden.

Bei der vorliegenden Erkrankung haben wir es somit mit einem ganz ungewöhnlichen Fall zu tun. Kein Geschwür liegt vor, sondern eine weiße Fläche, entstanden durch Infiltration. Das Oberflächenepithel ist erhalten. Der diphtherische Charakter ist durch den Bacillenbefund in einem Abstrich und durch die Heilung nach einer Serumtherapie ohne jegliche lokale Maßnahmen nachgewiesen. Das Bedeutsame dabei ist, daß es sich um eine primäre diphtherische Erkrankung der

Mundhöhle handelt, wie sich aus den negativen Befunden der Abstriche aus Rachen und Nase ergab. Hätten auch diese Abstriche positiven Bacillenfund ergeben, so würde der Nachweis von Diphtheriebacillen im Abstrich aus der erkrankten Mundhöhle von keiner besonderen Bedeutung sein.

Mit vorstehendem ist also ein Fall reiner primärer Munddiphtherie festgestellt. Es ist wahrscheinlich, daß sie überhaupt nur beim Neugeborenen möglich ist. Charakteristisch für sie ist das Auftreten an der Stelle, an der die Mundschleimhaut an dem Alveolarfortsatz am lockersten angeheftet ist. Daher ist das Fortschreiten um so erschwerter, je mehr die Anheftung an die knöcherne Mundhöhle eine festere ist. Dadurch wird auch wohl die Zweiteilung durch Unterbrechung in der Mitte erklärt sein. Die Infiltration beschränkt sich auf die tieferen Schichten des Schleimhautepithels und läßt die obere Schicht intakt. Die Unempfindlichkeit ebendieser Schicht ist es ja, die im allgemeinen ein Auftreten der Diphtherie im Munde unmöglich macht.

Fragen wir nun, was bisher von primärer Munddiphtherie bekannt geworden ist, so schweigt die Literatur hierüber. Es ist anzunehmen, daß derartige diphtherische Infektionen entweder nicht bekannt gegeben oder auch nicht diagnostiziert sind. Dagegen sind Fälle von sekundärer Munddiphtherie, die gewöhnlich in Form von Geschwüren auftritt, wohl bekannt. Ein Teil der berichteten Krankheitsfälle, bei denen grau belegte Geschwüre an Zungenspitze, Wangentaschen und Zahnfleisch festgestellt und als Decubitusgeschwüre gedeutet wurden, dürfte wohl als sekundäre Munddiphtherie angesprochen werden müssen. Vielleicht erklären sich auch aus einem Zusammentreffen der Diphtherie mit einem Geschwür die schlechten Erfahrungen, die vereinzelte französische und italienische Autoren anscheinend hier und da bei dem Zungenbandgeschwür des älteren Säuglings gemacht haben.

Die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung der Munddiphtherie liegt auf der Hand. Läßt man es erst zum Zerfall kommen, und hat sich ein Geschwür gebildet, sind die Aussichten auf glatte Heilung bedeutend verschlechtert. Des weiteren wäre auch ein Fortschreiten des Prozesses auf Nase, Rachen und Kehlkopf möglich. Das Allgemeinbefinden wird in viel stärkerem Maße mitbeteiligt sein, und damit verschlechtert sich auch die Prognose. Es dürfte sich also empfehlen, öfter als bisher bei Erkrankungen ähnlicher Art wie der besprochenen an eine diphtherische Infektion zu denken. Von wie großem Vorteil die möglichst rechtzeitige Einleitung einer spezifischen Behandlung ist, hat der vorliegende Fall erwiesen, in dem die entsprechende Behandlung sofortige Heilung brachte.

Lebenslauf.

Am 5. Februar 1888 wurde ich als Sohn des Pastors Wilhelm Janssen zu Dunum, Kreis Wittmund, geboren. In meinem Heimatsort besuchte ich die Volksschule und wurde dort auch von meinem Vater für die Quarta eines Gymnasiums vorbereitet. Meine weitere Ausbildung genoß ich auf dem Gymnasium zu Emden, wo ich am 21. Februar 1911 das Zeugnis der Reife erhielt.

Dem Studium der Medizin widmete ich mich zuerst an der Universität Tübingen. Hier genügte ich auch vom 1. April bis 30. September 1911 meiner Dienstpflicht als Einjähriger. Im Sommersemester 1912 ließ ich mich an der Universität Leipzig immatrikulieren. Nachdem ich hier am Ende des Sommersemesters 1913 die medizinische Vorprüfung bestanden hatte, setzte ich meine Studien in Göttingen fort. Hier war ich auch während des Krieges, an dem ich vom 5. August 1914 an teilnahm, eingeschrieben. Im Mai 1918 nach Göttingen an das Res.-Laz. versetzt, konnte ich endlich meine Studien wiederaufnehmen und erhielt am 18. Juli 1919 nach bestandener ärztlicher Prüfung die Approbation als Arzt.

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.